

Форма информированного согласия

Согласие пациента на публикацию изображения или информации о себе в журнале «Национальное здравоохранение».

ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ пациента печатными буквами

Дата рождения:

День (xx)	Месяц (xx)	Год (xxxx)

Имя, отчество, фамилия официального представителя, обоснование права представлять интересы пациента (в случае, если не сам пациент подписывает эту форму):

Описание фото, изображения, текста или другой информации (Информация) о пациенте. Копия Информации о пациенте должна быть приложена к этой форме:

Раздел журнала, в который планируется включить Информацию:

Название рукописи, в которую будет включена Информация:

СОГЛАСИЕ

Я (ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

даю свое согласие на публикацию Информации обо мне/пациенте в журнале «Национальное здравоохранение».

Подтверждаю, что я: (пожалуйста, поставьте галочки для подтверждения)

- ☐ видел фото, изображение, текст или другую информацию обо мне/пациенте
- ☐ прочитал рукопись, представленную для рассмотрения в журнал «Национальное здравоохранение»
- ☐ имею законное право дать это согласие

Я понимаю следующее:

- Информация будет опубликована без указания моего имени/имени пациента, однако, я понимаю, что полная анонимность не может быть гарантирована. Не исключено, что кто-нибудь где-нибудь, например, тот, кто ухаживал за мной/пациентом или родственник, может узнать меня/пациента.
- Информация может включать детали о моем/пациента заболевании или травме, прогнозе, лечении или хирургическом вмешательстве, которое я/пациент перенес недавно, перенес в прошлом или планирую провести в будущем.
- Статья может быть опубликована в журнале, который распространяется по всему миру. Публикации в журнале «Национальное здравоохранение» предназначены главным образом для врачей и других медицинских специалистов, но их также могут видеть многие другие, включая ученых, студентов и журналистов.
- Статья, включая Информацию, может быть предметом пресс-релиза, на нее могут быть ссылки в социальных сетях и/или может использоваться в других рекламных мероприятиях. После публикации статья будет размещена на сайте журнала «Национальное здравоохранение», а также может быть доступна на других сайтах.
- Перед публикацией текст статьи будет отредактирован на предмет стиля, грамматики и согласованности.
- Я/пациент не получу никакой финансовой выгоды от публикации этой статьи.
- Статья может быть использована полностью или частично в других публикациях, выпускаемых журналом «Национальное здравоохранение» или другими изданиями. Это включает публикацию на английском/русском языке и в переводе, в печатном или цифровом формате и в любом другом формате, который может быть использован журналом «Национальное здравоохранение» или другим изданием в настоящем и будущем. Статья может быть опубликована в России и за рубежом.
- Я могу отозвать свое согласие в любое время перед публикацией, но после того, как статья будет опубликована, отозвать согласие будет невозможно.
- Настоящая форма согласия будет храниться журналом «Национальное здравоохранение» конфиденциально в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации "О персональных данных" от 27.07.2006, и в соответствии политикой приватности журнала «Национальное здравоохранение» - <https://www.natszdrav.ru/jour/about/submissions#privacyStatement>

Пожалуйста, поставьте галочки для подтверждения:

- ☐ Соответственно данному согласию я/пациент имел возможность высказать свои комментарии к представлению Информации в статье в журнале «Национальное здравоохранение», и я/пациент удовлетворен тем, как эти комментарии были учтены в статье.

ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ печатными буквами _____

Адрес: _____

E-mail: _____

Телефон: _____

Подпись _____

Дата:

_____	_____	_____
день (xx)	месяц (xx)	год (xxxx)

- ☐ Если согласие подписано за пациента официальным представителем, пожалуйста укажите причину, почему пациент не может подписать сам (несовершеннолетний, имеет когнитивные или интеллектуальные нарушения).

Подпись _____

Дата:

_____	_____	_____
день (xx)	месяц (xx)	год (xxxx)

- ☐ Если Вы подписываете от лица семьи или другой группы, пожалуйста отметьте галочкой подтверждение, что все члены семьи или группы были проинформированы об этом.

Если несовершеннолетний пациент обладает достаточным пониманием процесса согласия на публикацию и его возможных последствий, он тоже должен подписать данную форму согласия.

ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ печатными буквами _____

Дата рождения:

_____	_____	_____
День (xx)	Месяц (xx)	Год (xxxx)

Подпись _____

Дата:

_____	_____	_____
День (xx)	Месяц (xx)	Год (xxxx)

Информация о человеке, который объяснил пациенту/его представителю детали представления согласия и заполнения данной формы для публикации в журнале (автор, ответственный за переписку с редакцией или кто-то, обладающий правами получить согласие на публикацию от пациента).

ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ печатными буквами _____

Должность: _____

Аффилиация: _____

Адрес: _____

E-mail _____

Телефон: _____

Подпись _____

Дата:

_____	_____	_____
День (xx)	Месяц (xx)	Год (xxxx)